TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr LOUIS OMBRÉDANNE

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
—
1924

TITRES ET FONCTIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Aide d'anatomie à la Faculté, 1896.

Prosecteur à la Faculté, 1899.

Docteur en médecine, 1900.

Lauréat de la Faculté (prix de thèse, médaille d'argent), 1901.

Professeur agrégé à la Faculté, section de chirurgie, 1907.

CHARGÉ DE COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE, A TITRE PERMANENT, 1924.

FONCTIONS ET ENSEIGNEMENT

Cours de vacances, à la Clinique chirurgicale infantile, sous la direction du Pr Kirmisson, septembre-octobre 1910.

Cours de perfectionnement aux Cliniques médicale et chirurgicale infantiles, sous la direction des Prs Hutinel et Kirmisson, août-septembre 1911.

Conférences de chirurgie infantile. Douze leçons à l'amphithéâtre de l'École pratique, 1912.

Adjoint par le Pr Broca à l'enseignement de la clinique chirurgicale infantile. Leçon chaque semaine à l'amphithéâtre de la clinique pendant les deux semestres, de 1921 à 1924.

Leçons faites dans le service du P[r] Couvelaire, à la clinique Baudelocque, sur les Malformations congénitales, chaque année, de 1921 à 1924.

Leçons faites chaque semaine à l'amphithéâtre de la Clinique chirurgicale infantile, comme Chargé de cours de clinique chirurgicale infantile, 1924.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Externe des hôpitaux, 1893.

Interne des hôpitaux, 1895.

Lauréat de l'Assistance publique (Prix Burlaud), 1895.

Chirurgien des hôpitaux, 1902.

Chef de service à Saint-Louis (enfants), 1908.

Chef de service à Bretonneau, 1910.

Chef de service aux Enfants assistés, 1919.

Chef de service aux Enfants malades, 1920.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Alvarenga de Piauhy), 1899.

SOCIETÉS SAVANTES

Membre de la Société nationale de chirurgie.

Secrétaire annuel de la Société de chirurgie en 1923.

Membre de la Société anatomique.

Membre de la Société italienne d'orthopédie.

Membre correspondant de la Société belge de chirurgie.

Membre correspondant de la Société de chirurgie de Bologne.

Vice-président de la Société de pédiatrie (octobre 1923).

Vice-président de la Société d'orthopédie (octobre 1923).

Président de la Société d'orthopédie (octobre 1924).

CONGRÈS

Rapporteur au Congrès de pédiatrie, Paris, octobre 1912.

Rapporteur au Congrès de Strasbourg, 5 octobre 1921.

Communications au Congrès de Montréal, septembre 1922.

Communications au Congrès de Milan, octobre 1924.

PENDANT LA GUERRE

Médecin-chef de l'hôpital militaire de Verdun, 1914-1915.

Citation à l'ordre de l'armée, décembre 1914.

Chef du 1er secteur de la VIe région, 1916-1918.

Chef du centre maxillo-facial des VIe, VIIIe et IXe régions, 1917-1918.

INTRODUCTION

Depuis la fin de mon internat chez Lannelongue, en 1899, jusqu'au moment où, en 1908, je fus nommé chef de service, je me suis efforcé d'acquérir la pratique de la chirurgie générale, sous la direction affectueuse de mon maître Ch. Nélaton, dont j'ai eu le bonheur d'être l'assistant pendant huit ans.

Ch. Nélaton m'a instruit, m'a formé. Je n'ai eu d'autre idéal dans ma vie de chirurgien que d'imiter son exemple.

Il m'a donné le goût de la chirurgie plastique, de la chirurgie réparatrice.

En 1908, au moment où je dus le quitter pour prendre la tête d'un service hospitalier, le Pr Kirmisson m'offrit de participer à son enseignement. Ch. Nélaton me fit comprendre que c'est en chirurgie infantile, dans la restauration des malformations congénitales et acquises, que je trouverais le meilleur milieu pour me consacrer à cette chirurgie réparatrice qui m'intéressait plus que toute autre. Aussi mes travaux chirurgicaux se peuvent-ils diviser en deux groupes.

De 1899 à 1908, travaux de *chirurgie générale* et déjà un certain nombre d'essais de *chirurgie autoplastique et réparatrice.*

De 1908 à 1924, travaux de *chirurgie infantile*, qui presque tous ont trait à la restauration des malformations congénitales ou acquises, à la *chirurgie plastique* dans le sens le plus large du terme.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANATOMIE

Les lames vasculaires dans l'abdomen, le bassin et le périnée (Mémoire présenté à l'Académie de médecine et ayant obtenu le prix Alvarenga de Piauhy).

Les lames vasculaires dans l'abdomen, le bassin et le périnée (*Thèse inaugurale*, Paris, 1900).

J'ai écrit une thèse d'anatomie, plutôt d'anatomie générale que d'anatomie descriptive. Elle me fut inspirée par un cas d'anomalie congénitale, observé à l'amphithéâtre pendant que j'étais interne de Lannelongue, aux Enfants-Malades.

Au cours d'une autopsie, je me trouvai en face d'une absence complète de toute coalescence des mésos intestinaux chez un enfant.

J'en ai déduit le mode d'accollement de ces mésos. Je n'en ai pas tiré les conclusions pratiques qui devaient en découler plus tard.

La conception des lames vasculaires, telles que je les ai décrites, n'est pourtant pas tombée dans l'oubli.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

OUVRAGES CHIRURGICAUX

Nouveau traité de chirurgie, publié sous la direction de A. Le Dentu et Pierre Delbet, t. IX. *Muscles, aponévroses, tendons, tissus péritendineux, bourses séreuses.* Paris, 1907, Baillière, éditeur.

De ce travail déjà bien ancien, plusieurs notions alors nouvelles et personnelles ont subsisté. J'avais montré l'ostéome musculaire traumatique équivalent au cal anormalement ossifié d'une fracture musculaire, de même que le cal, normalement ossifié, d'une fracture osseuse peut, anormalement, rester fibreux.

J'avais posé, au point de vue du degré de maturité des ostéomes, la loi de la concordance entre les résultats de la palpation et les images fournies par la radiographie, montrant que, tant qu'une disproportion existait entre les résultats fournis par ces deux modes d'investigation, l'ostéome n'était pas *mûr,* et ne devait pas être opéré. Cette notion est devenue classique.

Nouveau traité de chirurgie, publié sous la direction de A. Le Dentu et Pierre Delbet, XVI. *Maladies des mâchoires.* Paris, 1909, Baillière, éditeur.

Dans cet ouvrage, j'avais tenté d'écrire, sur les infections des mâchoires, un chapitre d'ensemble, ne considérant plus les *caries,* les *nécroses* comme des maladies distinctes, mais comme les étapes ultimes d'une infection *progressive et continue* à point de départ buccal.

Les accidents liés à l'évolution de la dent de sagesse ne sont que des manifestations de ce processus d'infection aboutissant à l'*ostéomyélite* et aux *fistules* qui en sont souvent la conséquence.

J'ai écrit un long chapitre sur les *tumeurs d'origine dentaire.* Je me suis efforcé de montrer que toutes, tumeurs solides ou kystes, étaient des *tumeurs mixtes* très comparables aux tumeurs mixtes des glandes salivaires, que ces tumeurs restaient pendant longtemps à l'état de tumeurs bénignes, mais qu'elles

pouvaient, à un moment donné, prendre l'allure de tumeurs malignes et présenter avec prédominance la structure de sarcomes ou d'épithéliomas.

Bibliothèque Gilbert et Fournier. Pathologie externe. Poitrine et abdomen, avec 186 figures. Paris, 1909, Baillière, éditeur.

Je disais, en écrivant la préface de ce volume :

« Nous avons cherché à faire de ce livre un guide, où l'étudiant qui fréquente l'hôpital trouvera l'énoncé des grands symptômes qu'il doit savoir rechercher, où il trouvera la manière d'arriver à poser un diagnostic, tant qu'il ne s'agira que des affections courantes, et non des lésions dont il existe quelques cas dans la science ; où il pourra se renseigner, une fois le diagnostic posé, sur ce qu'il va falloir faire ; où il trouvera l'explication de ce que sont les opérations qu'il voit exécuter chaque jour et le but qu'elles poursuivent : à lui de regarder son chef de service, s'il veut savoir *comment* on les exécute,

« C'est le manuel de l'étudiant à l'hôpital que nous nous sommes efforcé d'écrire. »

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Je signalerai ici l'appareil à anesthésie par l'éther qui porte mon nom. Ch. Nélaton dont j'étais l'assistant à cette époque, ému par deux accidents d'anesthésie chloroformique, me demanda d'étudier la question. Je le fis pendant la période de vacances de 1907, où je remplaçais mon maître, à Boucicaut. Je construisis cet appareil de mes mains, et quand Nélaton revint, l'appareil était au point. Il nous servit pendant quatre mois dans son état primitif. Puis Collin l'exécuta dans sa forme actuelle. Je crois qu'il a rendu de grands services, surtout pendant la guerre.

L'anesthésie générale dans les opérations pratiquées aur la face. *Gazette des hôpitaux*, 22 septembre 1903.

Présentation d'un appareil pour anesthésie par l'éther. *Bull. Soc. de chirurgie*, 11 mars 1908, p. 359.

Un appareil pour l'anesthésie par l'éther. *Gazette des hôpitaux*, 13 août 1908 (9 figures), n° 92.

Anesthésie à l'éther. Emploi d'un appareil. *Congrès français de chirurgie*, 5 octobre 1908.

Sur l'anesthésie générale par injections intra-musculaires d'éther (Descarpentries). Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie,* 17 avril 1912, p. 536.

Anesthésie générale par l'éther administré par voie rectale. Discussion. *Bull. Soc. de chirurgie,* 11 juin 1919, p. 948.

Essais d'anesthésie à l'éther par voie rectale. *Soc. de chirurgie,* 19 juin 1919.

ARTICLES DIDACTIQUES. COMMUNICATIONS. RAPPORTS. DISCUSSIONS.

Plaie pénétrante de l'abdomen : 14 perforations intestinales par un seul projectile de petit calibre. *Bull. de la Société anatomique,* 1895, p. 485.

Cancer de l'œsophage, fistule trachéo-œsophagienne et cancer de l'estomac. *Bull. de la Société nntomique,* 1895, p. 499.

Perforations multiples du mésentère et de l'intestin. *Bull. de la Société anatomique,* 1895, p. 499.

Hernie diaphragmatique étranglée. *Bull. de la Société anatomique,* 1895, p. 547.

Trois cas d'hystéro-traumatisme (avec Blum). *Archives générales de médecine,* 1895, t. II, p. 606.

Hernies diaphragmatiques d'origine traumatique (avec Blum). *Archives générales de médecine,* 1896, I, 5, p. 178.

Angine de Ludwig (avec M. Keim). *Bull. de la Société anatomique,* 1897, p. 41.

Lymphosarcome du tibia succédant à une ancienne lésion osseuse probablement tuberculeuse. *Bull. de la Société anatomique,* 1897, p. 504.

Du passage transpubien du cordon dans la cure radicale des hernies inguinales et l'orchidopexie (avec Nélaton). *Presse médicale,* 31 juillet 1897.

Deux observations de hernies inguinales contenant l'appendice. Un cas de perforation de l'appendice dans le sac herniaire. *Archives générales de médecine,* 1898, t. II, p. 610.

Fractures expérimentales de l'astragale. *Bull. de la Société anatomique,* 1902, p. 522.

Contribution à l'étude des fractures de l'astragale. *Revue de chirurgie,* août et septembre 1902 (Travail du laboratoire de M. le Pr Lannelongue).

Les utérus doubles (avec M. Martin). *Revue de gynécologie,* novembre et décembre 1903, p. 959.

Splénectomie pour tumeur de la rate. Guérison (avec M. Martin). *Bull. de la Société anatomique,* janvier 1904.

Traitement des fractures obliques de jambe. Présentation d'appareil. *Bull. de la Société de chirurgie,* 1904, p. 1081. Rapport par M. Nélaton, *ibid.*, 1905, p. 134.

Application de l'extension continue aux fractures obliques de jambe. *Presse médicale,* n° 26, 1er avril 1905.

Le broiement des calculs du cholédoque. *Revue de chirurgie,* n° 11, 10 décembre 1905.

Des ruptures du ligament rotulien (ruptures sous-rotuliennes du tendon du quadriceps). *Revue d'orthopédie,* 1906.

Exclusion unilatérale du gros intestin pour entéro-colite muco-membraneuse grave. Présentation de malade. M. Guinard, rapporteur. *Bull. de la Société de chirurgie,* 1906, p. 390.

Luxation médio-carpienne du poignet. *Bull. de la Société de chirurgie,* 1906, p. 624. M. Delbet, rapporteur.

Contribution à l'étude de l'extension continue dans le traitement des fractures obliques de jambe. Merlot, *Thèse de Paris,* 1906.

Double plaie du poumon. Thoracolomie. Suture du poumon. Guérison. *Bull. de la Société de chirurgie,* 6 février 1907, p. 187.

Fracture de deux métacarpiens par flexion, due à un retour de manivelle. *Bull. de la Société de chirurgie,* 6 février 1907.

Sur les fractures compliquées de jambe. *Bull. de la Société de chirurgie,* 15 mars 1911, p. 393.

Deux cas de kystes pancréatiques opérés avec le diagnostic d'abcès du foie. *Soc. de chirurgie,* 12 juillet 1911.

Sur un kyste dermoïde du mésentère (Observation de Soubeyran). Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie,* 28 février 1912, p. 347.

Sur un volumineux ostéome traumatique du muscle crural (Observation de Lapointe). Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie,* 12 juin 1912, p. 866.

Plaie de l'artère coronaire stomachique, laparatomie, guérison. Rapport sur une observation de Le Roy des Barres. *Soc. de chirurgie,* 27 novembre 1912.

Plaie du tronc colique droit. Ligature. Guérison. *Soc. de chirurgie,* 29 janvier 1913.

Un cas de suture de l'artère fémorale commune. Rapport sur une observation de Sencert. *Soc. de chirurgie,* 29 octobre 1913.

Occlusion intestinale par corpa étranger osseux. Rapport sur un cas de Ducaros. *Soc. de chirurgie,* 23 janvier 1924.

Plaie de l'abdomen par coup de foëne. Rapport sur une observation de Le Roy des Barres. *Bull. de la Société de chirurgie,* 21 mai 1924, p. 635.

CHIRURGIE PENDANT LA GUERRE

OUVRAGES CHIRURGICAUX

Localisation et extraction des projectiles (avec Ledoux-Lebard). *Collection horizon,* Masson, éditeur, 1918.

Ce livre eut très rapidement deux éditions françaises, et fut traduit en anglais.

C'était en somme, au point de vue chirurgical, la mise au point de l'extraction des projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran, que nous avions réglée avec Ledoux-Lebard à la 6e région.

ARTICLES DIDACTIQUES. COMMUNICATIONS. RAPPORTS. DISCUSSIONS.

Note sur l'infection gangreneuse des plaies de guerre. *Bull. de la Société de chirurgie,* 27 janvier 1915, p. 156.

L'infection gangreneuse des plaies de guerre (Verdun 1914-1915). *Paris médical,* mars 1915.

Cet article fut le premier qui parut après le début des hostilités sur la gangrène gazeuse. C'était, ai-je dit, la conclusion des observations que j'ai pu faire moi-même ou qui ont été faites par mes dévoués collaborateurs les Drs Michaux (de Paris), Bernal (de Nice), Noiré (de Paris), Garnier (d'Avignon) et mes médecins auxiliaires MM. Drouet et Guédon, tous médecins traitants à l'hôpital militaire de Verdun.

Presque dépourvus de tout ce qui constitue un matériel chirurgical moderne, nous avions fait de notre mieux. Submergés par le tétanos d'abord, dont nous avons pu nous rendre maître, puis par la gangrène gazeuse, j'écrivis cet article le jour où il me parut que les pansements ruisselants d'éther appliqués sur des plaies largement débridées avaient *enfin* une efficacité réelle. Je cherchais seulement à le faire savoir aux formations avancées.

Dans ce travail existait une bonne description de la *cavité d'attrition*, et une juste sppréciation de son rôle : l'évolution des connaissances l'a pleinement démontré depuis.

Extraction des projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran. *Bull. de la Société de chirurgie,* 3 novembre 1915, p. 2070.

L'extraction des projectiles à l'aide du contrôle intermittent de l'écran. *Soc. de chirurgie,* 16 février 1916, p. 365.

Mains de trsvail pour les amputés. Présentation des appareils de Boureau (de Tours). *Bull. de la Société de chirurgie,* 16 février 1916, p. 402.

Extraction secondaire des projectiles. *Bull. de la Société de chirurgie,* 24 mai 1916, p. 1545.

Implantation cubito-radiale dans les pseudarthroses étendues du radius. *Soc. de chirurgie,* 18 octobre 1916.

Chirurgie sutoplastique de la face chez les blessés de guerre. *Soc. de chirurgie,* 20 mars 1917.

Anévrismes cirsoïdes observés après opération d'snévrismes srtério-veineux. *Bull. de la Société de chirurgie,* 21 mars 1917, p. 772.

A propos de l'sblation des projectiles. *Bull. de la Société de chirurgie,* 21 mars 1917, p. 785.

Lésions nerveuses paraissant considérables sans troubles fonctionnels. *Bull. de la Société de chirurgie,* 28 mars 1917, p. 831.

Deux opérations ostéoplastiques au niveau du genou. *Bull. de la Société de chirurgie,* 23 mai 1917, p. 1165.

Renversement du moignon de Syme (1 figure). *Revue d'orthopédie,* 1er janvier 1918, 3e série, t. VI, p. 17.

Deux observations d'anévrisme artério-veineux. *Soc. de chirurgie,* 21 mars 1918.

Appareillage pour l'astragalectomie. *Bull. de la Société de chirurgie,* 18 déc. 1918, p. 1997.

A propos de la constatation d'un thrill très net sur des vaisseaux comprimés en l'absence de toute communication artério-veineuse (P. Duval). Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie,* 12 mars 1919, p. 487.

Traitement des fistules du canal de Stenon. *Soc. de chirurgie,* 23 juillet 1919.

Appareillage des astragalectomisés. *Soc. de chirurgie,* 11 décembre 1919.

Fistules et tumeurs salivaires in *Chirurgie réparatrice et orthopédique*, t. II, p. 518, Masson, éditeur.

Extraction tardive des projectiles in *Chirurgie orthopédique et réparatrice*, t. II, p. 65, Masson, éditeur, 1920.

J'ai posé les principes suivants qui me paraissent toujours vrais :

1° *Plus de temps a passé, moins un projectile est dangereux à conserver ;*

2° *Avant d'accuser un projectile inclus, discernez si les troubles sont dus à son action de présence ou aux lésions de sa traversée ;*

3° *Songez qu'il y a des lésions irrémédiables par nature, que le projectile reste ou soit extrait ;*

4° *Songez toujours à faire la part de l'état psychique du blessé ;*

5° *Les dangers ou les inconvénients de l'acte opératoire ne doivent pas être hors de proportion avec les troubles réels qu'éprouve le blessé.*

CHIRURGIE PLASTIQUE ET RÉPARATRICE

Ce sont ces travaux de chirurgie qui m'ont préparé et amené à la *restauration des malformations congénitales et acquises.*

OUVRAGES CHIRURGICAUX

La Rhinoplastie (avec Ch. Nélaton). 1 vol., 438 pages avec 391 figures. Paris, 1904, Steinheil, éditeur.

Ce traité fut surtout un atlas. J'ai rassemblé, je pense, tous les procédés, j'ai signalé toutes les techniques autrefois employées. Mon rôle fut tout entier un rôle de chercheur. Je retrouvai les descriptions, j'essayai les procédés sur le cadavre. Nélaton indiqua ceux qui, sur le vivant, lui avaient donné de bons résultats.

Les Autoplasties (lèvres, joues, oreilles, tronc, membres) (avec Ch. Nélaton). 1 vol. de 200 pages avec 291 figures. Paris, 1907, Steinheil, éditeur.

J'ai continué le même travail de recherches, et peu de procédés je crois m'ont échappé.

Ces deux atlas des restaurations autoplastiques ont paru rendre de grands services pendant la guerre.

Chirurgie réparatrice et orthopédique, publié sous la direction de E. Jeanbrau, P. Nové-Josserand, L. Ombrédanne. Deux volumes de 1340 pages avec 1040 figures. Masson, éditeur. Paris, 1920.

J'ai collaboré à la *direction* de cet ouvrage. Pour ma part, j'y ai écrit les articles suivants :

Évolution et réparation des plaies des téguments.
Restaurations plastiques.

Restauration du sous-sol des cicatrices.
Cicatrices du cou.
Brides intrabuccales. Brides linguales.
Perforations de la voûte et du voile.
Restaurations faciales.

A l'inverse de ce qui se passait lorsque j'avais écrit la Rhinoplastie et les Autoplasties, j'ai donné cette fois moins de part à la technique pure. Fort de l'expérience de la guerre, j'ai dit quels étaient les procédés vraiment bons, ceux qu'il fallait employer; j'ai posé surtout des indications.

Je l'ai fait pour quelques autoplasties des membres.

Je l'ai fait surtout pour les restaurations faciales, et j'ai donné les tracés opératoires qui m'ont le plus servi et dont je préconise l'emploi.

ARTICLES DIDACTIQUES. COMMUNICATIONS. RAPPORTS. DISCUSSIONS.

Restauration autoplastique du sein après amputation totale. *Tribune médicale*, 12 juin 1906.

Réparation autoplastique du sein. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1906, p. 468. Rapport par M. Nélaton, *ibid.*, p. 490.

Autoplasties faciales. *Bull. de la Société de chirurgie*, 20 mars 1918, p. 593.

Greffes tendineuses mortes (Rapport de Auvray). Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie*, 13 avril 1921, p. 480.

Les autoplasties dans les Malformations congénitales. Communication au 7e *Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, 8 septembre 1922, Montréal.

Sur les autoplasties tendineuses. Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie*, 20 décembre 1922, p. 1436.

CHIRURGIE INFANTILE

OUVRAGES CHIRURGICAUX

Technique chirurgicale infantile. Indications opératoires. Opérations courantes. 342 pages avec 210 figures dans le texte. Paris, 1912. Masson, éditeur.

Dans ce livre, destiné surtout aux élèves de mon service, je me suis seulement attaché à donner la technique chirurgicale que je suivais, à l'hôpital Bretonneau.

Dans l'introduction, j'ajoutais : « Un travail de ce genre ne saurait avoir une valeur de bien longue durée : toute technique chirurgicale est essentiellement transitoire. Nous allons conseiller de faire ce qu'aujourd'hui nous croyons le mieux ; mais nous sommes convaincu qu'il y a mieux à faire ; ce serait nier tout progrès chirurgical que de croire qu'une technique puisse être définitive. »

Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. Un volume de 1137 pages avec 584 figures. *Collection des précis médicaux.* Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1923.

Dans son format modeste, ce livre m'a coûté beaucoup de travail, parce que je me suis efforcé de faire œuvre personnelle.

Presque tous ses chapitres sont en somme la mise au point des leçons de Chirurgie Infantile que depuis seize ans je répète dans les services hospitaliers à la tête desquels j'ai été successivement placé. Mais j'ai tenu à dire des choses simples et fondamentales en des termes simples et compréhensibles. Je me suis efforcé de mettre de la clarté et de la netteté, de l'ordonnancement dans des questions souvent confuses.

J'ai esquissé moi-même tous mes dessins. Un artiste de talent, M. Rudaux, a su me comprendre, et de mes croquis a fait les figures de ce livre.

J'ai tenté d'introduire dans mon enseignement des schémas d'embryologie, faux d'une façon absolue et qui sont seulement des graphiques synoptiques,

superposant des stades successifs de l'évolution de l'être. Ceci n'est pas très scientifique, peut-être. Mais il m'a paru depuis longtemps que j'arrivais ainsi à faire comprendre aux élèves la genèse des malformations congénitales dont j'envisageais ensuite avec eux l'évolution et le traitement chirurgical.

Il me paraît que ce mode d'enseignement a été goûté, puisque mon éditeur m'a demandé de préparer une seconde édition de ce livre, à laquelle je travaille actuellement.

Mais il est bien évident qu'un pareil livre ne saurait être analysé. Il est fait de tout ce qui est acquis en chirurgie infantile. Il contient aussi toutes mes idées, tous mes travaux personnels en la matière, sous une forme condensée.

Je vais donc, région par région, énumérer ces travaux, dont la synthèse et la mise au point sont réalisées dans mon Précis de chirurgie infantile.

ARTICLES DIDACTIQUES. COMMUNICATIONS. RAPPORTS. DISCUSSIONS SUR LA CHIRURGIE INFANTILE.

GÉNÉRALITÉS

Les autoplasties dans les malformations congénitales. *Rapport à l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, 7e Congrès.* Montréal, septembre 1923.

Dans ce rapport, j'ai mis en évidence deux notions importantes au point de vue de l'intervention chirurgicale chez le nourrisson.

D'abord, il existe au début de la vie, dans les quatre premiers jours de l'existence, une zone franche, une *période de grande résistance* de l'enfant à toute intervention. Dans ces quatre premiers jours, j'ai pu exécuter une intervention abdomino-périnéale avec succès. La reposition du tubercule incisif, en cas de bec-de-lièvre complexe bilatéral, est très avantageusement exécutée à cette période précoce de la vie.

Par contre, j'ai montré que chez le nouveau-né les téguments constituaient une très mauvaise étoffe autoplastique, et que les plasties cutanées exécutées à ce moment donnaient de mauvais résultats. J'ai montré ensuite que cette période de grande résistance du nourrisson était de courte durée, et que le cours de la première année était défavorable à toutes les interventions chirurgicales.

J'ai étudié dans son ensemble, pour la première fois je crois, la *mort rapide des nourrissons opérés, avec pâleur et hyperthermie.*

Je n'en ai point hélas trouvé l'explication. Mais j'ai montré que c'était un leurre d'accuser en pareil cas une broncho-pneumonie inexistante. J'ai indiqué des

moyens thérapeutiques sinon radicaux, du moins de haute valeur pour lutter contre cet accident terrible.

TRAUMATISMES

Considérations sur la maladie de Volkmann et la vascularisation des groupes musculaires de l'avant-bras. *Thèse* de Fruchaud-Brin. Paris, 1924.

Sur deux cas de fracturea traités par ostéosynthèse. Discussion. *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 18 octobre 1922, p. 1068.

Décapitation de l'humérus, reposition sanglante et vissage. *Soc. de chirurgie,* 13 mai 1923.

L'oatéosynthèse temporaire ohez les enfants. Technique et indications. *Congrès d'orthopédie de Milan,* 1924.

J'ai développé dans ce rapport un chapitre de mon Précis. J'ai montré que chez l'enfant, il était mauvais d'abandonner au contact des foyers de fracture du matériel métallique, plaques, rubans ou fils.

Chez l'enfant, l'ostéosynthèse des fractures doit être exceptionnellement employée. Quand elle devient nécessaire, elle doit être temporaire.

Le matériel que j'emploie est dérivé de celui de Chalier. Mais il a été tellement modifié et simplifié qu'il ne rappelle plus que de loin l'appareillage de ce chirurgien.

J'ai montré les services que rend l'ostéosynthèse temporaire :

1° Dans les fractures irréductibles par manœuvres externes ;

2° Dans les ostéotomies destinées à obtenir une rotation suivant l'axe longitudinal d'un os long. Les vis, placées d'avance, avant la section osseuse, faisant entre elles l'angle cherché, permettent très simplement d'obtenir la correction en les connectant ensuite par la plaque appropriée.

Dans la correction du pied bot congénital avec torsion du tibia, dans la correction chirurgicale de la maladie de Volkmann, dans certaines torsions de segments de membres consécutifs à des brûlures, cet emploi de l'ostéosynthèse temporaire associé aux corrections chirurgicales me paraît extrêmement avantageux.

DYSTROPHIES OSSEUSES

Disoussion sur les ostéotomies pour déformations rachitiques. *Soc. de chirurgie,* 17 mars 1923.

Sur lea interventions pour déformations rachitiques. Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie,* 14 mars 1924, p. 449.

Périostose du fémur. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie,* 7 décembre 1910.

Ostéite des nacriers. *Bull. de la Société de chirurgie,* 11 janvier 1911, p. 50.

Angiomes congénitaux et gigantisme partiel. *Revue d'orthopédie,* nos 5-6, septembre-novembre 1914.

OSTÉOMYÉLITE

Sur le comblement des cavités d'ostéomyélite. *Bull. de la Société de chirurgie,* 19 juillet 1911, p. 1060.

Sur l'ostéomyélite aiguë des enfants. Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie,* 11 février 1920, p 253.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur d'origine dentaire et abcès du cerveau (Rapport sur une observation de Duboucher). *Bull. de la Société de chirurgie,* 28 avril 1920, p. 627.

Vaccinothérapie chez les enfants. *Soc. de chirurgie,* 2 mars 1921.

Le vaccin de Delbet chez les enfants. *Bull. de la Société de chirurgie,* 8 mars 1921, p. 306.

Vaccinothérapie dans l'ostéomyélite des enfants. *Bull. de la Société de chirurgie,* 15 février 1922, p. 228.

Vaccinothérapie dans l'ostéomyélite des enfants. *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 1er mars 1922, p. 326.

Vaccinothérapie et ostéomyélite. *Soc. de chirurgie,* 30 mai 1923.

Sur une ostéomyélite de l'humérus gauche traitée par auto-vaccin. Discussion. *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 30 mai 1923, p. 806.

Discussion sur la vaccinothérapie dans l'ostéomyélite. *Soc. de chirurgie,* 26 janvier 1924.

Vaccinothérapie et ostéomyélite. Discussion. *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 27 février 1924, p. 310.

Sur l'emploi de greffons ostéo-périostés dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou chez l'enfant. Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie,* 30 mai 1923, p. 834.

Dans cette série de communications, j'ai montré l'admirable efficacité de la vaccinothérapie chez l'enfant, tant qu'il s'agissait de lésions inflammatoires des tissus mous, peau, tissu cellulaire, glandes, ganglions.

J'ai montré comment l'enfant tolérait, avec des réactions infiniment moindres que l'adulte, des doses plusieurs fois plus considérables.

J'ai montré par contre *l'inefficacité absolue* de la vaccinothérapie en matière d'ostéomyélite.

CRANE

Technique des injections sous-arachnoïdiennes crâniennes chez le chien et chez l'homme. *Soc. de biologie,* 1900, LII, p. 967 (Travail du laboratoire de M. le Pr Lannelongue).

Un cas de tétanos traité par l'injection intracérébrale d'antitoxine. Guérison. *Presse médicale,* 3 septembre 1898.

FACE

Fracture du condyle droit, luxation du condyle gauche de la mâchoire inférieure. Section bilatérale de la mâchoire, avec interposition musculaire. Guérison. *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 27 juillet 1910, p. 908.

Ankylose temporo-maxillaire d'origine traumatique. *Soc. de chirurgie,* 2 novembre 1910.

Ankylose de la mâchoire inférieure. Arthroplastie avec interposition musculaire. Guérison parfaite. Présentation de malade. *Soc. de chirurgie,* 18 juin 1924, p. 762.

Accidents graves de la dent de sagesse. Rapport sur une observation de Bouchet (d'Alger). *Soc. de chirurgie,* 28 avril 1920.

Fistule double congénitale de la lèvre inférieure. *Soc. de chirurgie,* 11 janvier 1920.

Fistule double para-médiane congénitale de la lèvre inférieure. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie,* 11 février 1920, p. 261.

Correction mécanique de la bouche dans la paralysie faciale. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie,* 4 mai 1921, p. 633.

Rhinoplastie par la méthode italienne (lambeau d'avant-bras) pour destruction nasale par morsure de chien. *Soc. de chirurgie,* 18 octobre 1911, p. 1131.

Restauration de l'auvent nasal par la méthode italienne. *Soc. de chirurgie,* 26 février 1919, p. 378.

Restauration de l'auvent nasal. *Presse médicale,* 31 juillet 1919.

Deux autoplasties nasales chez des enfants. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie,* 25 juin 1924, p. 802.

BEC-DE-LIÈVRE

Bec-de-lièvre simple et son traitement. *Soc. de pédiatrie,* 16 novembre 1909.

Le bec-de-lièvre simple incomplet et l'hypoplasie de l'orbiculaire. *Revue d'orthopédie,* 3e série, t. I, 1er mars 1910, p. 143. — 17 figures.

Restauration d'un bec-de-lièvre complet avec fente du palais et du voile chez un enfant de deux jours. *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 19 novembre 1913, p. 1507.

Bec-de-lièvre bilatéral complet opéré dans les premiers jours de la vie. *Bull. de la Société de chirurgie,* 1919, 9 juillet p. 1135.

Restauration du seuil de la narine dans le bec-de-lièvre simple. *Presse médicale,* 3 septemdre 1921, n° 71.

Bec-de-lièvre opéré à 3 jours. Hémorragies répétées. Transfusion du sang. Guérison. *Soc. de chirurgie,* 7 novembre 1923.

Trois de ces travaux appellent l'attention sur la zone franche, sur la période des 4 premiers jours de la vie pendant lesquels le nouveau né supporte merveilleusement une intervention chirurgicale grave.

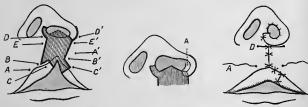


Fig. 1. — Tracé de la chéiloplastie du bec-de-lièvre, fermé à verrou vers la narine, et que nous estimons le meilleur.

Fig. 2. — Libération complète de l'aile du nez, et tracé de la fermeture à verrou du seuil narinaire.

Fig. 3. — Sutures de la chéiloplastie terminées.

Trois autres sont consacrés à montrer que, dans la correction du bec-de-lièvre simple, on s'est jusqu'à présent préoccupé presque uniquement de la correction de la lèvre, et pas assez, à mon avis, de la correction d'*emblée* de la narine.

Tout bec-de-lièvre, toute fissure labiale est accompagnée d'un certain nombre d'autres déformations que j'ai appelées *les petits défauts du bec-de-lièvre*.

J'ai montré pourquoi et comment il fallait reconstituer le *seuil narinaire* aussi

bien et en même temps que le *seuil buccal.* J'ai combattu pour que d'emblée on refît une narine correcte, au lieu de n'exécuter cette restauration que dans un temps complémentaire.

Outre les déformations de la narine, j'ai signalé les déviations d'axe de son ouverture, le déjettement de la sous-cloison, l'absence d'un des talus sous-narinaires, l'hypoplasie de l'orbiculaire qu'il faut réséquer largement dans sa portion aplasiée si l'on ne veut avoir une cicatrice qui se laisse ultérieurement distendre.

J'ai parlé, dans mon Précis, de la boule lymphangiomateuse de la lèvre qui si souvent apparaît sur le bord externe de la cicatrice après une résection trop économique.

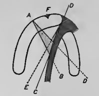


Fig. 4. — Raccordement gingival unilatéral.


Fig. 5. — Raccordement gingival terminé.

J'ai montré en outre, dans mon livre, l'intérêt qu'il y avait à n'exécuter une cheiloplastie pour bec-de-lièvre que sur un sous-sol préalablement reconstitué toutes les fois qu'existe au niveau de la gencive soit une fissure large, soit un décrochement important.

La technique de ces raccordements gingivaux unilatéraux m'est, je crois, personnelle, et j'en ai approfondi l'étude.

URANO-STAPHYLO-PLASTIES

Résultat éloigné d'une palatoplastie exécutée dans les premiers jours de la vie par la méthode de Lane. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 2 juillet 1919, p. 1106.

Discussion sur la staphylorrhaphie. *Soc. de chirurgie*, 24 mai 1922.

Sur l'urano-staphyloplastie. *Bull. de la Société de chirurgie*, 24 mai 1922, p. 741.

Sur la staphylorrhaphie. Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie*, 24 octobre 1923, p. 1194.

Tant dans mes deux livres que dans les articles précédents, voici les idées que j'ai défendues.

1° Les opérations plastiques sur la voûte et le voile sont rendues infiniment plus rapides et plus faciles par l'emploi d'un puissant éclairage frontal, par de bons instruments destinés à abaisser la langue tout en maintenant la bouche bien ouverte, enfin par l'emploi d'un dispositif d'hémo-aspiration destiné à recueillir au cavum le sang qui provient de la région opérée.

J'ai modifié le cyclope en l'entourant d'une gaine qui diminue son rayonnement calorique. J'ai créé quelques instruments représentés dans mes livres. J'ai fait construire un bon hémo-aspirateur.

2° Je pense qu'il est mieux de couper nettement au bistouri le tendon du péristaphylin interne que de le dilacérer à la rugine. A mon avis, la grande cause des rétractions secondaires des voiles reconstitués est le délabrement interstitiel que les instruments ont causé dans son épaisseur.

MALFORMATIONS FACIALES

Restauration terminée d'une fissure faciale fronto-maxillaire bilatérale. *Bull. de la Société de chirurgie,* 17 mai 1924, p. 588.



Fig. 6. — Observation personnelle de coloboma.

Un cas de coloboma facial dont la restauration chirurgicale est terminée (10 figures). *Revue d'orthopédie,* n° 4, juillet 1924, 3e série, t. XI, p. 315.

Sur un cas de macrostomie unilatérale droite avec malformation auriculaire, absence de la branche montante du maxillaire inférieur et tumeur pré-auriculaire (Sidoun). *Thèse de Paris,* 1910.

Grenouillette aiguë double dont le liquide s'écoule par le canal de Wharton. *Soc. de pédiatrie,* 19 avril 1910.



Fig. 7. — La restauration terminée.

Dans un de ces travaux j'ai montré que le coloboma facial devait être considéré, dans certains cas tout au moins, comme une exstrophie des voies lacrymales.

J'ai exécuté, pour la première fois je crois, la reconstitution chirurgicale de voies lacrymales perméables.

COU

Tumeur gazeuse du cou (Rapport sur une observation de P. Duval). *Soc. de chirurgie,* 10 janvier 1912, p. 93.

Fistule médiane superficielle congénitale du cou. *Soc. de chirurgie,* 16 mars 1920.

THORAX. — RACHIS

La correction des gibbosités (revue critique in *Archives générales de médecine*, 1897, t. II, pp. 318-344). Reproduit par la *Gazette médicale de Paris*, 1897, n°s 37, 38, 39.

Scolioses que la gymnastique aggrave. *Soc. de pédiatrie*, 19 avril 1910.

Le traitement des scolioses fixées par la méthode d'Abbott (avec Lance). *Soc. de l'Internat des hôpitaux de Paris*, 28 novembre 1912.

Le Principe d'Abbott. Essai d'interprétation et résultats déjà acquis. *Presse médicale*, 3 janvier 1914, n° 1.

Greffes osseuses rachidiennes dans le traitement du mal de Pott. *Bull. de la Société de chirurgie*, 22 octobre 1913, p. 1335.

Greffe osseuse rachidienne appliquée au mal de Pott. *Bull. de la Société de chirurgie*, 29 octobre 1913, p. 1393.

Le greffon osseux scapulaire. Greffes rachidiennes dans le mal de Pott. *Paris médical*, décembre 1913.

Pleurésie purulente de l'enfant. *Soc. de pédiatrie*, 15 avril 1919.

Dès l'année 1897, j'avais conclu, après constatation *de visu*, qu'il n'est pas bon de chercher à redresser de force la gibbosité pottique.

Sans avoir suivi exactement la technique d'Albée, j'avais conclu, en 1913, que la greffe osseuse dans le mal de Pott *de l'enfant* n'était pas avantageuse. C'est aujourd'hui l'opinion générale.

ABDOMEN

Valvulus total de l'intestin à évolution chronique. Opération, guérison. *Soc. de chirurgie*, 30 avril 1919, p. 688.

Les malformations congénitales à opérer d'urgence. *Le Médecin français*, 15 septembre 1921, n° 18. — Leçon faite dans le service de M. le Pr Couvelaire).

Hernie ombilicale de la période embryonnaire. Rapport sur une observation de François (de Versailles). *Soc. de chirurgie*, 12 mars 1924.

Hernie ombilicale embryonnaire. *Bull. de la Société de chirurgie*, 17 mai 1924, p. 568.

Absence de coalescence du méso-côlon ascendant et d'une partie du méso-duodénum. Cul-de-sac péritonéal rétro-rénal et feuillet de Zuckerkandl. Appendice pré-rénal. *Bull. de la Société anatomique*, 1901, p. 288-289.

Absence de coalescence des culs-de-sac péritonéaux prévésicaux. *Bull. de la Société anatomique*, 1901, p. 671.

Torsion du mésentère commun par défaut d'accolement. Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie*, 8 mars 1922, p. 357.

Sur la non-coalescence du côlon droit. *Soc. de chirurgie*, 8 mars 1922.

En quelques pages, dans mon Précis, je me suis efforcé d'écrire un chapitre d'ensemble sur le *Défaut de la coalescence mésocolique* et les accidents qu'il détermine ou qu'il conditionne chez l'enfant : hernies du cæcum et de l'appendice, invaginations intestinales, sténoses duodénales, distensions paralytiques du cæcum, ptose, volvulus total ou partiel de l'intestin, mégacôlon. Cette esquisse ne saurait être d'ailleurs qu'un chapitre d'attente.

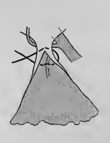


Fig. 8. — Fermeture en bourse de la partie supérieure du sac herniaire.



Fig. 9. — Retournement du sac d'une hernie inguinale congénitale, variété testiculaire.

J'ai montré aussi, dans mon livre, l'avantage qu'il y a, en cas de hernie inguinale congénitale du jeune enfant, à ne point chercher la résection du sac au cours de la cure radicale, mais à se contenter de sa fermeture et de son retournement.

Occlusion récidivante du duodénum. Rapport sur une observation de Foisy. *Soc. de chirurgie*, 10 décembre 1919.

Discussion sur les corps étrangers du duodénum. *Soc. de chirurgie*, 23 avril 1923.

Deux observations de corps étrangers du duodénum. *Soc. de chirurgie,* 27 juin 1923.

Deux cas de taille duodénale pour extraire des épingles de nourrice chez de très jeunes enfants. Communication. *Bull. de la Société de chirurgie,* 27 juin 1923, p. 990.

J'ai montré, dans ces articles, des exemples de broches, d'épingles de nourrice arrêtées dans le duodénum de nourrissons ; j'ai mis en évidence le danger d'une temporisation excessive en pareil cas. J'ai prouvé avec quelle simplicité on pouvait extraire ces corps étrangers chez de tout jeunes enfants.

APPENDICITE

Sur les rapports de l'appendicite avec la dysenterie amibienne (Rapport sur une obs. de Le Roy des Barres). *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 14 février 1912, p. 268.

Sur le traitement des appendicites aiguës. *Soc. de chirurgie,* 23 juillet 1913, p. 1203.

Lavage du péritoine à l'éther. Discussion. *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 29 avril 1914, p. 542.

Myxome de l'appendice. Présentation de pièce. *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 23 mai 1917, p. 1179.

Suppression du drainage au cours des appendicectomies à chaud, appendice enlevé. *Soc. de chirurgie,* 20 juin 1920.

Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. de la Société de chirurgie,* 23 juin 1920, p. 956.

Sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 17 novembre 1920, p. 1301.

L'idée que j'ai passionnément défendue parce que je la crois vraie, parce que tout ce que je vois m'encourage à persévérer, c'est que, en matière d'intervention pour appendicite à chaud, il faut refermer le plan musculo-aponévrotique de l'abdomen sans drainage, à la seule condition que l'appendice ait pu être enlevé et qu'il n'y ait pas de gangrène évidente de l'intestin. Je ne tiens pas du tout à la fermeture de la peau, que je rapproche avec trois agrafes.

J'estime néfaste en pareil cas le rôle des drains et des mèches. J'ai étudié soigneusement les moyens accessoires pour lutter contre les lésions péritonéales, lavage à l'éther, pansement à la glace, vaccinothérapie. Voici déjà que se multiplient les travaux à l'étranger, plaidant dans le même sens. Je n'ai jamais espéré

enlever d'emblée la conviction de tous ; il me suffit de convaincre mes élèves, en leur montrant que je guéris mieux et plus souvent mes appendicites à chaud en procédant comme je conseille de le faire.

INVAGINATION INTESTINALE

Invagination aiguë. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 29 mars 1911, p. 494.

Sur l'invagination intestinale chez les enfants. Rapport. *Bull. de la Société de chirurgie*, 29 mars 1911, p. 489.

Sur huit cas d'invagination intestinale chez l'enfant. Discussion. *Soc. de chirurgie*, 3 janvier 1912, p. 45.

Invagination intestinale. Deux guérisons. Rapport sur deux observations de Guillaume Louis. *Soc. de chirurgie*, 5 février 1913.

Invagination intestinale aiguë du nourrisson. *Action médicale*, 1er novembre 1921, n° 83.

Invagination intestinale opérée. Récidive probable. Rapport sur une observation de Penot. *Bull. de la Société de chirurgie*, 7 février 1923, p. 227.

Discussion sur l'invagination intestinale des enfants. *Soc. de chirurgie*, 7 février 1923.

Sur l'invagination intestinale aiguë des jeunes enfants. Étude de quelques points particuliers. *Paris médical*, 21 juillet 1923, 13e année, n° 29.

Dans cette série d'articles et de leçons cliniques, j'ai montré la corrélation qui existe entre l'invagination et les absences de coalescence mésocolique.

J'ai montré le phénomène de *mascaret* se produisant au niveau du cæcum et résultant de la rencontre à ce niveau de l'onde péristaltique du grêle avec l'onde antipéristaltique du côlon.

J'ai mis en vedette l'attraction vers le rachis de la tumeur d'invagination qui se hâle sur le mésentère comme un bateau sur sa chaîne de touage.

J'ai précisé les conditions dans lesquelles il me paraissait utile de fixer l'intestin après désinvagination, celles dans lesquelles il faut s'abstenir de cette manœuvre.

J'ai en dernier lieu insisté sur les causes de l'éviscération après laparotomie chez le nourrisson, sur le mode de pansement, sangle de tissu agglutinatif, qu'il faut appliquer pour éviter que la poussée éperdue, incessante, seul réflexe du nourrisson, ne fasse couper brusquement les sutures.

RECTUM. VESSIE

Prolapsus rectal chez les enfants et cerclage. *Bull. de la Société de chirurgie,* 7 mai 1913, p. 730.

Corps étranger de la vessie et de l'urètre (chez un garçon de 14 ans). *Bull. de la Société de chirurgie,* 3 mai 1911, p. 626.

Autoplasties d'appui et mécanisme de fermeture pour orifices incontinents. *Bull. de la Société de chirurgie,* 20 octobre 1920, p. 1180.

Autoplasties d'appui et dispositifs de fermeture des orifices incontinents. *Presse médicale,* 20 novembre 1920, n° 85 (17 figures).

Les dispositifs de fermeture dont il est ici question n'ont point encore été appliqués par moi à des exstrophies complètes de la vessie, mais seulement à des épispadias graves.

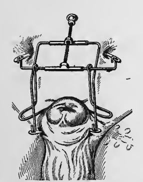


Fig. 10. — Dispositif mécanique de fermeture de l'urètre absolument incontinent.

Le Dr Maffeï (de Bruxelles) a publié une observation remarquable des résultats que peut donner la technique que j'ai employée et conseillée.

URÈTRE

Hypospadias pénien chez l'enfant. *Bull. de la Société de chirurgie*, 11 octobre 1911, p. 1076.

Hypospadias pénien chez l'enfant. *Presse médicale*, 21 octobre 1911, n° 84.

Correction de l'hypospadias pénien chez l'enfant (Résultats de ce procédé et son explication). *Bull. de la Société de chirurgie*, 4 décembre 1912, p. 1457.

Plusieurs cas d'hypospadias guéris. Présentation de malades. *Soc. de chirurgie*, 4 décembre 1912.

A propos d'un opéré d'hypospadias. *Soc. de chirurgie*, discussion, 6 mars 1914.

Présentation d'un malade opéré d'un hypospadias par le procédé du Pr Duplay (par Marion). Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie*, 6 mai 1914, p. 604.

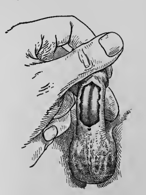


Fig. 11. — Dégagement des corps caverneux pour l'allongement de la face inférieure d'une verge incurvée.

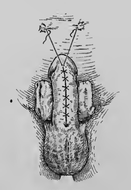


Fig. 12. — Fixation de la verge en bonne attitude, pendant la cicatrisation des téguments, après allongement autoplastique.

Restauration d'un hypospadias balanique. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 15 juillet 1914, p. 1000.

Hypospadias vulviforme. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 21 mars 1917, p. 813.

Dans les articles signalés et dans mes deux livres de chirurgie infantile, j'ai donné une large place à l'étude de mon procédé de restauration chirurgicale de l'hypospadias dont les caractéristiques sont les suivantes.

Il faut d'abord reconstituer une face inférieure de la verge, toujours aplasique en pareil cas. La soi-disant incision transversale de libération doit être selon moi une très large libération des corps caverneux par leur face inférieure.

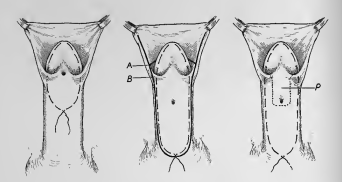


Fig. 13. — Le sac d'un hypospadias balanique.

Fig. 14. — Tracé du sac d'un hypospadias pénien.
Tracé des incisions pour la libération latérale et pour le dédoublement du tablier préputial

Fig. 15. — Au niveau de la surface P, le lambeau-sac doit rester adhérent au plan profond.

Des artifices autoplastiques que j'ai indiqués permettent, en toutes circonstances, de recouvrir immédiatement la perte de substance qui résulte de cet avivement.

Quant au procédé du sac, qui porte mon nom, je ne le décrirai point ici. Je me contenterai d'en montrer les temps principaux tels qu'ils sont figurés dans mon livre.

J'ai montré comment ce procédé permettait de reconstituer pour ainsi dire à coup sûr les hypospadias vulviformes les plus accentués.

L'opération principale comporte un temps complémentaire, le raccordement du tubercule, et la section des processus cutanés exubérants.

Cette intervention est applicable, *mutatis mutandis*, à l'épispadias.

Elle est satisfaisante au point de vue esthétique, excellente au point de vue

Fig. 16. — Dissection de la lèvre externe de l'incision (le lambeau-sac est supposé encore en place, pour plus de clarté).

Fig. 17. — Dissection du lambeau qui va constituer le sac.

Fig. 18. — Les avivements et les libérations sont terminés.

Le sac est fermé en bourse ; le prépuce dédoublé est largement étalé.

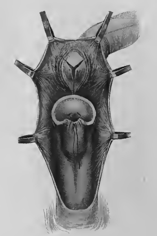


Fig. 19. — Comment, avec l'aide de l'index gauche, on doit tailler l'ouverture en Y dans le lambeau préputial pour n'en pas compromettre la vitalité.

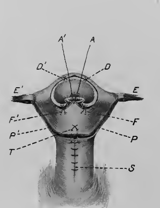


Fig. 20. — Le gland a passé la tête à travers l'incision en Y.

Le lambeau préputial est rabattu comme une chasuble, et fixé en bonne position.

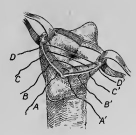


Fig. 21. — Raccordement du tubercule en un seul plan, chez un enfant très jeune.

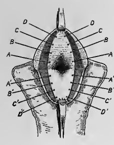


Fig. 22. — Raccordement du tubercule en deux plans.

Comment on doit placer les points de catgut sur la lèvre interne, muqueuse, de l'avivement.



Fig. 23. — Tracé du sac pour la restauration d'un épispadias.



Fig. 24. — Le méat que fournit notre opération.



Fig. 25. — Photographie du moulage d'un cas d'épispadias opéré.

fonctionnel. Elle offre l'avantage formidable de ne présenter presque aucun aléa. J'ai reconstitué d'emblée l'urètre d'individus ayant subi antérieurement jusqu'à 7 interventions.

ECTOPIE TESTICULAIRE

Indications et technique de l'orchidopexie transscrotale chez l'enfant. *Presse médicale*, 8 octobre 1910, n° 81 (17 figures).

Plusieurs cas d'orchidopexie transacrotale. *Soc. de chirurgie*, 4 février 1914.

L'ectopie testiculaire. Son traitement par le procédé d'Ombrédanne (Joulin). *Thèse de Montpellier*, 1921.

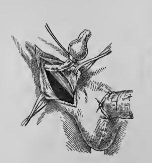


Fig. 26. — Orchidopexie trans-scrotale.
Fil de traction placé au-dessous de la glande



Fig. 27. — Orchidopexie trans-scrotale.
Le doigt creuse la voie d'accès Le bistouri incise le scrotum du côté diagonalement opposé à l'ectopie.

Dans ces communications et dans mes livres, j'ai donné la description d'une technique opératoire, dite *orchidopexie transscrotale*, qui je crois est aujourd'hui adoptée par les meilleurs de mes collègues chirurgiens d'enfants, et porte mon nom.

Cette opération est basée sur une donnée opératoire due à Walther : l'utilisation, comme point fixe, de la cloison élastique des bourses, Mais au lieu d'aborder cette cloison par la voie directe, difficile, obscure, je l'aborde par la voie diamétralement opposée, nette, facile, lumineuse.

La représentation des temps principaux de cette excellente intervention suffira à en expliquer le mécanisme.



Fig. 28. — Orchidopexie trans-scrotale.

L'index a refoulé la cloison élastique : celle-ci a été repérée et incisée. Le doigt va se retirer, suivi par une pince appuyée sur sa pulpe

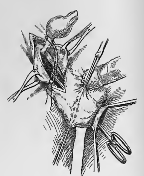


Fig. 29. — Orchidopexie trans-scrotale.

La pince vient chercher le fil de traction qui va amener le testicule en place.

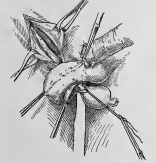


Fig. 30. — Orchidopexie trans-scrotale.

Le testicule a franchi la boutonnière ménagée dans la cloison Ce passage a été obtenu plutôt en faisant *remonter le scrotum* qu'en *abaissant la glande.*

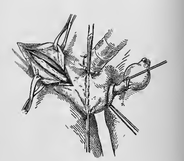


Fig. 31. — Orchidopexie trans-scrotale.

Formeture partielle de la boutonnière de la cloison.

TORSION TESTICULAIRE

Torsions testiculaires chez les enfants. Communication. *Bull. de la Société de chirurgie,* 14 mai 1913, p. 779.

L'orchite aiguë primitive des enfants. *Presse médicale,* 19 juillet 1913, p. 595 (4 figures).

Discussion sur la torsion de l'hydatide de Morgagni. *Soc. de chirurgie,* 11 avril 1923.

Dans ces articles, j'ai montré que souvent le syndrome de l'*orchite aiguë primitive des enfants* était la traduction d'une torsion testiculaire.

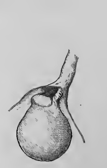


Fig. 32. — Torsion basse ou volvulus du testicule.

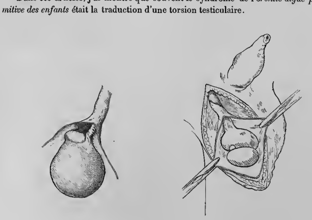


Fig. 33. — Torsion supra-vaginale du testicule ou bistournage accidentel.

J'ai étudié des cas de torsion haute, supra-vaginale, d'autres plus fréquents de torsion basse, intra-vaginale.

J'ai montré l'intérêt qu'il y avait à intervenir sans délai en pareil cas, puisque, opérée précocement, la torsion testiculaire peut être détordue avant que ne surviennent dans la glande des lésions définitives.

UTÉRUS

Utérus double. Hématométrie. Hématosalpinx. Hémihystérectomie sub-totale (G. Gross). Rapport. *Bull. de la Société de chirurgie*, 27 novembre 1912, p. 1409.

ÉPAULE

Élévation congénitale de l'omoplate. Intervention sanglante. Correction parfaite. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 24 novembre 1920, p. 1348.

Correction chirurgicale de la surélévation congénitale de l'omoplate. Présentation du malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 26 avril 1922, p. 607.

Correction chirurgicale de l'élévation congénitale de l'omoplate. *Revue d'orthopédie*, 1922.

Traitement de l'épaule ballante paralytique par l'arthrodèse. Technique. *VIe Congrès. Société d'orthopédie*, 10 octobre 1924.

Ces articles ont trait, pour les premiers, à une série d'opérations dont la technique s'est améliorée quand mon élève Huc eut étudié, à côté des *surélévations congénitales*, les lésions que j'ai appelées les *surélévations pathologiques*, et leur genèse ; son travail a été condensé dans un rapport au Congrès d'orthopédie de 1923, relatant mes interventions. J'ai conseillé un certain nombre de détails de technique nouveaux.

Le dernier article est une condamnation des myoplasties et une contribution à l'étude technique de l'arthrodèse de l'épaule. J'ai préconisé l'adjonction au fil métallique d'une grande et forte vis de fixation, dont j'ai montré la place et le rôle.

COUDE

Ostéome du brachial antérieur, disparu spontanément. *Soc. de chirurgie*, 29 janvier 1913.

Fracture de l'épitrochlée et engagement du fragment dans l'interligne articulaire. Communication. *Bull. de la Société de chirurgie*, 26 février 1913, p. 359.

Reposition sanglante d'une tête radiale complètement détachée. *Bull. de la Société de chirurgie*, 11 février 1914, p. 200.

Interposition de l'épitrochlée décollée entre les surfaces articulaires du coude. *Bull. de la Société de chirurgie*, 11 février 1914, p. 200.

Luxation du coude en dehors, arrachement de l'épitrochlée qui s'interpose entre les surfaces articulaires et empêche la réduction. *Bull. de la Société de chirurgie*, 4 mars 1914, p. 288.

Luxation du coude en dehors, arrachement et interposition de l'épitrochlée entre les surfaces articulaires; extirpation du fragment, guérison. Rapport sur une observation de Dehelly. *Soc. de chirurgie*, 4 avril 1914.

MAIN

Maladie de Volkmann. Discussion. *Soc. de chirurgie*, 27 juin 1923, p. 973.

A propos de la maladie de Volkmann. *Bull. de la Société de chirurgie*, 4 juillet 1923, p. 1012.

Malformations congénitales par brides amniotiques (2 figures). *Revue d'orthopédie*, 1er mai 1913, 3e série, t. IV, p. 277.

Sur une greffe italienne du dos de la main pour rétraction cicatricielle des doigts (Discussion). *Bull. de la Société de chirurgie*, 20 décembre 1911, p. 1417.

Sur un cas de luxation du trapèze (Herber). Rapport *Bull. de la Société de chirurgie*, 14 février 1912, p. 274.

Création par opération plastique d'un pouce faisant pince solide avec le moignon de la main. *Soc. de chirurgie*, 20 janvier 1920.

Constitution autoplastique d'un pouce prenant au moyen du 1er métacarpien. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 28 janvier 1920, p. 158.

Autoplastie italienne pour cicatrice vicieuse des doigts. *Bull. de la Société de chirurgie*, 29 octobre 1913, p. 1391.

Ces autoplasties de la main, créant de toutes pièces un pouce prenant et utile, ont rendu de grands services aux enfants chez qui je les ai exécutées, et qui m'écrivent de temps à autre.

HANCHE

Hanche à ressort articulaire. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 14 février 1912, p. 286.

Hanche à ressort articulaire. *Revue d'orthopédie*, 1er septembre 1912, 3e série, t. III, p. 397.

Les deux facteurs de la luxation congénitale de la hanche. *La Clinique*, 7 juillet 1911, n° 27.

Résultats obtenus par des interventions successives dans un cas de paralysie infantile. *Soc. de pédiatrie*, 6 octobre 1923.

Coxalgie fruste simulant la coxa vara des adolescents. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 16 février 1910, p. 192.

Coxalgie fruste simulant la coxa vara des adolescents (1 figure), *Revue d'orthopédie*, 1er mars 1911, 3e série, t. II, p. 173.

Coxa vara et fracture du col fémoral. *Revue d'orthopédie*, 1er mars 1912, 3e série, t. III.

Pièce de luxation précoce dans la coxalgie (2 figures). *Revue d'orthopédie*, 1er novembre 1913, 3e série, t. IV, p. 481.

Allongement d'un fémur sur un membre trop court. Présentation de malade. *Bull. de la Société de chirurgie*, 16 juillet 1913, p. 1177.

Parmi ces travaux, je signalerai l'intérêt d'une conception théorique sur les deux facteurs de la genèse de la luxation congénitale de la hanche : un facteur anatomique, conditionnel ; un facteur ethnologique déterminant. C'est un chapitre très longuement développé dans mon Précis de chirurgie infantile.

Un de mes élèves, le Dr Verdier, qui en 1911 était mon externe, a appliqué dans la région où il exerce, région particulièrement abondante en luxations congénitales, les conséquences prophylactiques que j'avais tirées de cette conception, et m'a dit avoir vu depuis disparaître à peu près complètement la luxation congénitale dans cette région.

GENOU

Des ruptures du ligament rotulien (ruptures sous-rotuliennes du tendon du quadriceps). *Revue d'orthopédie*, 2e série, t. VII.

Modification du squelette dans un cas de genu valgum. *Bull. de la Société anatomique*, 1900, p. 151.

Le genu valgum à évolution prolongée et l'opération d'Ogston. *Revue d'orthopédie*, 1er mars 1903, n° 2 (5 figures).

Deux opérations ostéoplastiques pour genu valgum. *Soc. de chirurgie*, 23 mai 1917.

Double genu valgum opéré par deux techniques différentes. Rapport sur un travail de M. Basset. *Soc. de chirurgie*, 13 juillet 1921.

Je signalerai ici l'exposé que j'ai fait dans mon Précis des artifices opératoires conseillés par Putti dans le traitement chirurgical des paralysies totales d'un mem-

bre inférieur, à la suite de la poliomyélite. J'ai beaucoup préconisé, dans mes leçons cliniques, ces interventions complexes et parfaites dans leurs résultats. Mon assistant d'orthopédie le Dr Lance a écrit sur la question. Je n'ai jamais publié de monographie sur cette méthode générale, entièrement due à l'excellent chirurgien de Bologne. C'est seulement à propos de leur temps final comportant une arthrodèse du pied, que j'ai posé un certain nombre d'indications et précisé les détails de ma technique. Mais j'estime avoir fait œuvre utile en montrant en France ce qu'on pouvait obtenir des parfaites idées directrices de mon éminent ami Putti.

PIEDS BOTS

Traitement chirurgical des suites des poliomyélites. *Rapport à l'Association internationale de pédiatrie,* Congrès de Paris, octobre 1912.

Les arthrodèses du pied. Rapport au IIIe Congrès d'orthopédie, Strasbourg, octobre 1921. *Revue d'orthopédie,* novembre 1921, 3e série, tome VIII, n° 6.

Pied bot valgus talus paralytique avec pied creux. Arthrodèse tibio-tarsienne avec ostéotomie du péroné et de la malléole tibiale (Mathieu). Discussion. *Bull. de la Société de chirurgie,* 2 juillet 1924, p. 835.

Traitement du pied bot par le procédé d'Albée. *Soc. de chirurgie.* 20 juin 1922.

Opération d'Albée pour pieds bots invétérés. *Bull. de la Société de pédiatrie,* juin 1922, n° 6.

A propos du pied bot de croissance, creux équin, j'ai étudié les phénomènes qui peuvent résulter de la rupture brusque d'équilibre par défaut d'un des tracteurs.

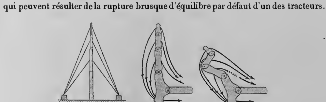


Fig. 34. Fig. 35. Fig. 36.

Fantômes du squelette du pied, pour l'étude de l'équilibre réciproque de ses pièces osseuses.

Mais une de mes grandes préoccupations depuis quatorze ans a été la correction chirurgicale des pieds bots de la paralysie infantile.

Quatre fois, j'ai écrit sur la question d'importantes monographies : celle de 1911 que j'ai citée, mon article dans ma Technique chirurgicale infantile de 1912, mon rapport au congrès de Strasbourg en 1921, mon article du Précis clinique et opératoire de Chirurgie Infantile en 1924.

Certains s'étonneront de la différence qui apparaît entre les conseils que je donnais en 1911, et les indications que je posais l'an dernier.

Mais douze années d'expérience m'ont permis de jeter délibérément par-dessus bord un certain nombre d'opérations, traditionnellement transmises d'un livre à l'autre sans contrôle, et sur lesquelles j'ai pu me faire une opinion personnelle.

Partisan résolu des arthrodèses, j'ai préconisé l'opération admirable de Ducroquet-Launay, l'arthrodèse tibio-tarsienne et sous-astragalienne.

Je tends de plus en plus à éviter l'arthrodèse tibio-tarsienne, et à lui substituer, comme temps complémentaire de la double arthrodèse, l'emploi des butées osseuses : butée postérieure de Toupet, butée antérieure de Putti, suivant les formes de pieds paralytiques.

J'ai montré pourquoi l'opération de Whitman ne jouissait pas en France de la vogue qu'elle mérite, parce qu'on l'a toujours confondue avec la mauvaise opération qu'est l'astragalectomie avec reposition postérieure, tandis que ce qu'il y a d'essentiel dans le Whitman, c'est une reposition très antérieure de la mortaise tibio-tarsienne.

J'ose dire que ce fut un labeur considérable, de jeter un peu de clarté dans le chaos des opérations proposées contre le pied bot paralytique et d'arrêter mon opinion sur celles qui sont dignes d'être conservées.

J'ai préconisé la tarsectomie dorsale directe, si utile dans le pied cavus douloureux invétéré et j'en ai fixé une technique.

J'ai conseillé quelques modifications opératoires à la double arthrodèse ; je lui adjoignais la tenodèse complémentaire du court péronier latéral bien avant la vogue des tenodèses (1912).

L'opération imitée d'Albée, par transplant cunéiforme, qui m'a fort intéressé, n'aura dans l'avenir que des indications restreintes, car je ne la crois pas exécutable chez les grands enfants.

PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX

Sur le traitement du pied plat valgus invétéré par la tarsectomie trapézoïdale interne. Rapport sur 3 observations de P. Duval. *Soc. de chirurgie*, 3 juillet 1912, p. 961.

A propos de l'opération d'Ogston dans le traitement de la tarsalgie. Résumé de la discussion (OMBRÉDANNE). *Bull. de la S. de chir.*, 17 juillet 1912, p. 1051.

En matière de pied plat valgus douloureux invétéré, j'ai adopté une tarsectomie cunéiforme plantaire interne, à peu près superposable à la trapézoïdale interne de Duval et Cauchoix.

APPAREILS ET INSTRUMENTS

Appareil polyvalent de gymnastique orthopédique. *Soc. de pédiatrie*, 17 mai 1910.

Appareil destiné à l'évacuation, au lavage et à l'injection modificatrice des abcès chauds et froids. *Soc. de chirurgie*, 21 janvier 1911.

Nouveau modèle d'attelles. Présentation d'instrument. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 17 mai 1911, p. 697.

Appareil Lance pour le traitement des luxations congénitales âgées. Rapport à la *Soc. de chirurgie*, 10 mars 1920, p. 406.

Gaines calorifuges pour les réflecteurs d'éclairage frontal à haut voltage. Présentation d'instrument. *Bull. de la Soc. de chir.*, 26 octobre 1921, p. 1157.

J'ai imaginé un certain nombre d'instruments dont je me sers couramment, j'en ai amélioré d'autres.

Pinces écartantes, dont tous mes élèves conservent l'usage, pince abaisse-langue, bistouris de staphyloplastie, pointe carrée des serruriers, que j'ai introduite dans l'arsenal chirurgical, ciseau à lame vibrante, construit suivant l'idée de Farabeuf, taillé dans de l'acier à faire les scies, et qui avance sans qu'il soit besoin de le frapper à travers le squelette du pied de l'enfant ; aiguille trocart si utile pour passer les fils destinés à fixer le tubercule incisif ramené en position, matériel complet de l'ostéosynthèse temporaire, etc. Tout ceci est intéressant à voir dans un service mais ne me paraît pas mériter plus longue description.
